

FAX送付先:025-246-5672

郵送先:〒950-0914

新潟市中央区紫竹山3-3-11(保健管理課感染症対策室 結核担当宛)

施設の名称

担当者様氏名

施設の所在地 〒 —  
新潟市

施設の連絡先 TEL( ) —

		施設収容者(20歳以上)	記載例
1. 対象者数			50
2. 受診者数			50
3. 検査内容	①間接撮影者数		50
	②直接撮影者数 (デジタル撮影含む)		0
	③喀痰検査をした者の数		0
4. 検査結果	①所見なし		50
	所見あり	②結核と診断	0
		③結核発病の恐れがある者	0
		②③以外	0
	④最終結果が出ていない		0
5. 未受診の理由	受診出来なかった方の人数と理由の記入をお願いいたします。(例)休職中1名		

実施・報告いただけない場合、報告期限を待たずにご連絡させていただく場合もありますのでご容赦ください。

登録不要の電子申請(e-NIIGATA)を用いた報告もできますので、ぜひご利用ください

定期健康診断の報告は感染症法第53条の7第1項で義務付けられています  
裏面の「よくあるご質問」もご覧ください